



# Psicología y Educación: Presente y Futuro

Coordinador: Juan Luis Castejón Costa  
ACIPE- Asociación Científica de Psicología y Educación

© CIPE2016. Juan Luís Castejón Costa

Ediciones : ACIPE- Asociación Científica de Psicología y Educación

ISBN: 978-84-608-8714-0

Todos los derechos reservados. De conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente, podrán ser castigados con penas de multa y privación de libertad quienes reproduzcan o plagien, en todo o en parte, una obra literaria, artística o cien

# Ajuste personal en niños y adolescentes diabéticos y no diabéticos

Quesada-Conde, A.B., Villena, M.D., Romero, M. y Benavides, A.

*Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Granada, Granada, España*

abqc@ugr.es

## Resumen

La siguiente investigación pretende comprobar la existencia de posibles diferencias entre un grupo de niños y adolescentes diabéticos con otro que no lo es, en lo que a ajuste personal se refiere. En el estudio participaron un total de 88 familias con hijos de entre 10 y 18 años, de los cuales 42 niños padecían diabetes y los otros 46 no. El instrumento seleccionado para medir el ajuste social (compuesto por las dimensiones de autoestima, confianza en sí mismo, relaciones interpersonales y relaciones con los padres) ha sido el Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes (BASC). Los análisis de diferencia de muestras concluyen que los niños diabéticos tienden a puntuar más bajo en dicha dimensión global, si bien las diferencias halladas entre ambos grupos no son significativas. Sin embargo, en las subescalas de confianza en sí mismos (niños) y autoestima (adolescentes) sí se pueden observar diferencias significativas entre ambos grupos. Dichas puntuaciones sugieren que, como vienen mostrando numerosos estudios en este ámbito, la aparición de esta enfermedad produce altos índices de depresión, ansiedad y baja autoestima –principalmente durante la adolescencia–, por lo que se han de promover actitudes positivas y de resiliencia que mejoren dicha situación. Asimismo, demuestran la importancia de enfatizar la independencia de niños con diabetes, para ayudarlos a ganar confianza en sí mismos en pro de mejorar esta habilidad.

**Palabras clave:** diabetes, ajuste social, autoestima, confianza, BASC

# Personal adjustment in children and adolescents diabetics and non-diabetics

Quesada-Conde, A.B., Villena, M.D., Romero, M. y Benavides, A.

*Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Granada, Granada, España*

abqc@ugr.es

The following research aims to check for possible differences between a group of children and adolescents with diabetes and a group with no diabetes, in regards to personal adjustment. A total of 88 families with children between the ages of 10 and 18 years old participated in the study, of which 42 suffer from diabetes and the other 46 do not suffer from diabetes. The instrument selected for measuring social adjustment (dimensions made up of self-esteem, self-confidence, interpersonal relationships and relationships with parents) was the Behavior Assessment System for Children (BASC). The different sample analyses conclude that diabetic children tend to score lower in this global dimension, although the differences found between both groups are not significant. However, the subscales of self-confidence (children) and self-esteem (adolescents) are able to observe significant differences between both groups. These scores suggest that, as numerous studies from this field have been showing, the appearance of this illness causes high rates of depression, anxiety, and low self-esteem mainly during adolescence, that's why they have to promote positive attitudes and resilience in order to improve their situation. They also demonstrate the importance of emphasizing the independence of children with diabetes, in order to help them gain self-confidence in support of improving this skill.


**Key words:** diabetes, personal adjustment, self-esteem, self-confident, BASC

## 1. Introducción

En la actualidad no podemos hablar ya de la enfermedad en sí como un mero concepto biológico, sino que ha de entenderse como una confluencia de factores psicológicos, sociales, físicos y biológicos. De este modo, la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) describe la salud, en contraposición a la enfermedad, como un «estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Es por ello, que cuando hablamos de pacientes, se han de tener en cuenta los diversos síntomas que estos puedan sentir en cada uno de los ámbitos que se ven involucrados a partir de su diagnóstico, motivo por el cual ha de abordarse desde una perspectiva también multidisciplinar (American Academy of Pediatrics; 1993).

En el caso que ocupa el siguiente estudio, además, ha de tenerse en cuenta la cronicidad de la enfermedad analizada, la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) –la cual afecta aproximadamente a 1,5 por cada mil niños y adolescentes menores de 14 años en nuestro país (Conde et al., 2014; Gómez, 2011; IDF, 2013; Ruíz-Ramos et al., 2006)–. Este factor, generalmente, incrementa y agrava los síntomas tanto del paciente como de su entorno más cercano, pues el shock que produce es mayor, teniendo en cuenta la duración y progresión que la enfermedad tendrá en el desarrollo de su día a día y sabiendo además, desde el inicio del diagnóstico, que será permanente (Pérez-Marín, Gómez-Rico y Montoya-Castilla, 2015).

Las investigaciones con este tipo de pacientes, tienden a señalar que existen mayores factores de riesgo potenciales entre ellos y sus iguales. Así pues, y siguiendo esta línea de investigación, se observa la tendencia de los pacientes



pediátricos diabéticos a presentar una baja autoestima y nivel de autonomía –dando lugar a mayores dificultades en sus relaciones interpersonales–, dificultades de aprendizaje –que suelen llevar a un fracaso escolar reiterado– y mayores problemas de conducta, entre otros (Bilbao-Cercós, 2014; García, 2006; Kovacs et al., 1997; Martínez, Lastra y Luzuriaga, 2001; Whittemore et al., 2010; Zabala, Vázquez y Whetsell, 2006).

A estas edades, es comprensible que los niños –más que los adolescentes– tiendan a presentar una mayor dependencia de sus padres y/o tutores (Grey et al., 1995), teniendo en cuenta la complejidad de la enfermedad y el tiempo de adaptación a la misma. Ahora bien, dicha dependencia, en muchas ocasiones, tiende a volverse crónica, al igual que la enfermedad, derivando en una disminución del bienestar de los adolescentes con diabetes y un aumento de sus niveles de Ansiedad y Depresión, así como una menor energía, como concluyen De Dios et al (2003).

Con ello, el objetivo principal del presente estudio se centrará en comprobar la existencia de las posibles diferencias entre un grupo de niños y adolescentes diabéticos con otro que no lo es, en lo que a Ajuste personal (Autoestima, Confianza en sí mismos, Relaciones interpersonales y Relaciones con los padres) se refiere. Con este planteamiento, y de acuerdo a la literatura revisada para la realización de la investigación, se espera que los niños y adolescentes con diabetes presenten un menor nivel en lo que a Ajuste Personal respecta, así como en las subescalas que conforman esta variable, en contraposición con su grupo de iguales que no padecían ninguna enfermedad crónica.

## **2. Método**

### **2.1. Participantes**

En la presente investigación han participado un total de 88 familias de niños y adolescentes diagnosticados con DM1 (42 familias) y sin ningún otro tipo de patología crónica conocida (46 familias) previo consentimiento firmado de sus padres. Para este estudio tan solo se tendrán en cuenta las respuestas aportadas por los niños y jóvenes. Las edades de los participantes en el estudio oscilaban entre los 10 y los 18 años ( $M= 12.74$ ;  $D.T.=2.173$ ).


Los criterios de inclusión para la muestra de niños diabéticos incluían haber sido diagnosticados de dicha patología con al menos un período superior a los 6 meses, no padecer ninguna deficiencia psíquica que le impidiera contestar los cuestionarios por sí mismo y contar con el consentimiento de los padres o tutores para formar parte de la investigación. En el caso del grupo control, se requería que los niños y jóvenes no hubieran sido diagnosticados hasta la fecha en que se realizó la evaluación con ningún tipo de patología crónica y, al igual que en el caso anterior, no padecer ninguna deficiencia psíquica que le impidiera contestar los cuestionarios por sí mismo y contar con el consentimiento de los padres o tutores.

Se tuvieron en cuenta distintas variables sociodemográficas: sexo, edad, curso educativo y, en el caso del grupo experimental, tiempo de diagnóstico y si se trataba del primer caso en la familia en padecer DM1 o era hereditario.

### **2.2. Medidas**

El instrumento seleccionado para realizar las medidas de las variables estudiadas ha sido el Sistema de Evaluación de la Conducta en Niños y Adolescentes (BASC), en su versión española validada y adaptada por González, Fernández, Pérez y Santamaría (2004). Se trata de un multimétodo psicométrico de evaluación que, en su versión original (Reynolds & Kamphaus, 1992), mide numerosos aspectos del comportamiento y la personalidad de niños y adolescentes, incluyendo dimensiones tanto positivas o adaptativas, como negativas o clínicas. Para el presente estudio, se utilizaron los autoinformes para niños de 8 a 12 años (S2) y adolescentes de 13 a 18 años (S3).





El Ajuste Personal es, en este caso, una dimensión global de nivel adaptativo conformada por las subescalas de Autoestima, Confianza en sí mismo, Relación con los padres y Relaciones interpersonales. Esta escala global está formada por un total de 37 ítems para los niños (S2) y 40 ítems para los adolescentes (S3) presentados en un formato de respuesta verdadero/falso.

La metodología de investigación seleccionada, acorde a la hipótesis de esta investigación, fue de tipo transversal con un diseño cuasiexperimental con un grupo experimental (niños y adolescentes diabéticos) y uno control.

### **2.3. Procedimiento**

En el caso del grupo experimental, inicialmente los investigadores se desplazaron hasta el Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves (Granada), hasta la sala de espera de la consulta de Endocrinología, donde las familias eran entrevistadas junto con sus hijos y se les pasaban los cuestionarios oportunos. Sin embargo, y tras comprobar que la mayor parte de los datos no se rellenaban finalmente, bien porque las familias entraban y salían de las consultas, bien porque se los llevaban para entregarlos a posteriori y no era así, finalmente se optó por el muestreo del tipo bola de nieve a partir del cual los investigadores solicitaban permiso previamente a las familias interesadas en participar en el estudio y, una vez concedido, se dirigían personalmente a su domicilio, donde éstas completaban los cuestionarios, que eran recogidos el mismo día por dichos investigadores.

A continuación, y una vez se había completado el grupo experimental, se pasó a conformar el grupo control, cuyos participantes debían de contar con el requisito de que el hijo al que se iba a evaluar no estuviera diagnosticado de ninguna enfermedad crónica hasta la fecha en que formaron parte de la investigación. En este caso se trataron de equilibrar en la medida de lo posible las características sociodemográficas de uno y otro. Al igual que en el caso anterior, inicialmente se solicitaba permiso a los padres para que formaran parte de la investigación y, una vez que estos accedían, la investigadora procedía a pasar el instrumento de evaluación en el domicilio de los participantes.

Asimismo, tanto en el caso del grupo control, como del grupo experimental, la investigadora se encontraba cerca del niño o joven para tratar de resolver las posibles dudas que le surgieran con respecto al cuestionario, y evitar que fueran los padres quienes los indujeran a contestar una u otra pregunta, tratando de resolver sus preguntas.

Una vez recogidos todos los datos, se procedió a volcarlos en una base de datos con el programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) en su versión *Statistics 20* para Windows.

En primer lugar, se realizó un estudio descriptivo de los participantes, teniendo en cuenta, por una parte, medidas de frecuencia como la media, y por otra, medidas de distribución, como la desviación típica. A continuación, y con el fin de esclarecer hipótesis de la investigación se optó por la realización de un análisis de contraste de medias independientes, teniendo en cuenta como variable de agrupación la pertenencia o no al grupo experimental.

## **3. Resultados**

Previamente al establecimiento de diferencias en Ajuste personal de los participantes, se procedió a la realización de una comparación para muestras independientes en las subescalas que componen la dimensión global, en primer caso para los niños y, posteriormente, para los adolescentes. Dichos análisis arrojan los siguientes resultados.

Como se puede comprobar en esta primera aproximación a los resultados, si bien se aprecia notablemente que existen diferencias entre ambos grupos, y que el experimental tiende a puntuar por debajo en todas las subescalas analizadas, tan solo aparece una puntuación significativa en la dimensión Confianza en sí mismo [ $t_{(46)} = -3.392$ ;  $p < .001$ ], en lo que respecta al grupo de niños.

Entre los adolescentes, se puede comprobar también cómo la Autoestima está al borde de arrojar resultados significativos a favor del grupo control, que es quien puntúa por encima en este caso [ $t_{(38)}=-2.843$ ;  $p<.007$ ].

A continuación, se procedió a la realización de un análisis comparativo de muestras independientes para la dimensión global Ajuste personal, tanto en niños como en adolescentes, como se puede observar en las tablas 3 y 4.

Tabla 1

Resultados obtenidos en el análisis de la diferencia de muestras en las subescalas de Ajuste personal en niños (S2).

SUBESCALAS	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig,	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia Inferior	95% intervalo de confianza para la diferencia	
								Superior	
Autoestima	.025	.876	-1.463	46	.150	-.584	.399	-1.388	.220
			-1.462	45.508	.151	-.584	.400	-1.389	.221
Confianza en sí mismo	7.237	.010	-3.392	46	.001	-2.113	.623	-3.367	-.859
			-3.332	36.892	.002	-2.113	.634	-3.398	-.828
Relaciones interpersonales	1.550	.219	-.789	46	.434	-.463	.586	-1.643	.717
			-.786	44.505	.436	-.463	.589	-1.649	.723
Relaciones con los padres	.449	.506	-1.208	46	.233	-.367	.304	-.979	.245
			-1.213	45.991	.231	-.367	.303	-.976	.242

Tabla 2

Resultados obtenidos en el análisis de la diferencia de muestras en las subescalas de Ajuste personal en adolescentes (S3).

SUBESCALAS	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig,	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia Inferior	95% intervalo de confianza para la diferencia	
								Superior	
Autoestima	3.136	.085	-2.843	38	.007	-1.201	.422	-2.055	-.346
			-2.916	32.685	.006	-1.201	.412	-2.038	-.363
Confianza en sí mismo	4.470	.041	-1.236	38	.224	-.556	.450	-1.468	.355
			-1.256	36.296	.217	-.556	.443	-1.454	.342
Relaciones interpersonales	.576	.453	-.119	37	.906	-.032	.264	-.568	.504
			-.119	35.265	.906	-.032	.266	-.571	.508
Relaciones con los padres	2.692	.109	-.077	38	.939	-.035	.457	-.960	.890
			-.079	32.652	.938	-.035	.445	-.941	.871

Tabla 3

Resultados obtenidos en el análisis de la diferencia de muestras en las subescalas de Ajuste personal en niños (S2).

SUBESCALAS	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig,	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia Inferior	95% intervalo de confianza para la diferencia	
								Superior	
Ajuste personal	.563	.457	-2.595	46	.013	-3.527	1.359	-6.263	-.791
			-2.581	44.096	.013	-3.527	1.366	-6.280	-.773

Tabla 4

Resultados obtenidos en el análisis de la diferencia de muestras en las subescalas de Ajuste personal en adolescentes (S3).

SUBESCALAS	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Ajuste personal	3.328	.076	-1.820	37	.077	-1.897	1.043	-4.009	.215
			-1.844	30.795	.075	-1.897	1.029	-3.997	.202

Al igual que ocurría con las subescalas, la tendencia a puntuar por debajo del grupo experimental existe, pero en ninguno de los casos analizados se pueden apreciar resultados significativos entre ambos grupos.

#### 4. Discusión

Como puede observarse en los resultados que arroja el estudio, las diferencias entre el grupo control y el experimental existen, a favor del primero, el cual puntúa por encima del segundo tanto en Ajuste personal como en las diferentes escalas que lo conforman. Sin embargo, tan solo se han apreciado resultados significativos en lo que respecta a Confianza en sí mismos –en el grupo de niños– y rozando la significatividad en Autoestima –en el grupo de adolescentes–.

Ambas puntuaciones, acordes con lo expuesto al inicio de la investigación, encuentran su explicación si se tiene en cuenta la adaptación a la enfermedad. Los niños –de entre 10 y 12 años–, tienden a ser más dependientes de sus padres en el control de la enfermedad, en la mayor parte de las veces, porque los propios padres ejercen un control excesivo sobre estos al no considerarlos «capaces» de hacer frente a la nueva situación. Este mayor control y sobreprotección ejercidos por los progenitores pueden conllevar a una baja percepción de autoeficacia, presentando una menor confianza en sí mismos, sintiéndose incapaces de hacer cosas por sí mismos (Quesada-Conde, 2014).

Asimismo, en lo que respecta al grupo de adolescentes, como exponían Bilbao-Cercós et al. (2014), las bajas puntuaciones en autoestima del grupo diabético con respecto al grupo control pueden tener origen en la inseguridad que estos suelen experimentar frente a su grupo de iguales, ante los que se sienten diferentes a la hora de realizar actividades cotidianas a estas edades, como salir a cenar, hacer deporte, probar el alcohol, etc.

En el resto de dimensiones estudiadas, si bien el grupo experimental ha puntuado por debajo al control, no se consideran diferencias significativas. Con lo cual se puede concluir que el Ajuste personal entre ambos grupos analizados es similar, en contraposición a lo expuesto por los expertos en el área. Este hecho puede deberse a la heterogeneidad del grupo analizado con respecto al tiempo de antigüedad de la enfermedad (encontrándose pacientes a los que les fue diagnosticada hace ya más de 10 años y otros que apenas comenzaron hace unos meses). Sin embargo, ha de tenerse en cuenta también que no se han hallado tampoco diferencias significativas en las variables estudiadas entre los grupos a los que la enfermedad les fue diagnosticada antes o después; con lo que no consideramos que esta sea una variable a considerar.

#### 5. Conclusiones

Como viene mostrando gran parte de los estudios en este ámbito, la aparición de la DM1 produce peor ajuste personal, dando lugar a una baja autoestima –principalmente durante la adolescencia–, y peor calidad en las relaciones




con sus iguales; así como una inferior confianza en sí mismos a la hora de afrontar la enfermedad. Por estos motivos, se considera imprescindible promover actitudes positivas y de resiliencia que mejoren dicha situación entre los pacientes diabéticos en edad pediátrica.

Asimismo, se deja entrever la importancia de enfatizar la independencia de niños con diabetes, haciendo que se sientan más capaces a la hora de aceptar y sobrellevar la enfermedad de la manera más normalizada posible, evitando que puedan llegar a sentirse diferentes –en el sentido peyorativo del término– a sus semejantes.

## Referencias

- American Academy of Pediatrics Committee on Children Disabilities and Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health (1993). Psychosocial risks of chronic health conditions in childhood and adolescence. *Pediatrics*, 92 (6), 876-878.
- Bilbao-Cercós, A., Beniel-Navarro, D., Pérez-Martín, M., Montoya-Castillo, I., Alcón-Sáez, J.J. y Prado-Gascó, V.J. (2014). El autoconcepto y la adaptación a la enfermedad en pacientes diabéticos pediátricos. *Clínica y salud*, 25 (1), 57-65.
- Conde, S., Rodríguez, M., Bueno, G., López, J.P., González, B., Rodrigo, M.P. y Compés, M.L. (2014). Epidemiología de la diabetes mellitus tipo 1 en menores de 15 años en España. *Anales de pediatría*, 81 (3), 189.e1-189.e12.
- De Dios, C., Avedillo, C., Palao, A., Ortiz, A. y Agud, J.L. (2003). Factores familiares y sociales asociados al bienestar emocional en adolescentes diabéticos. *The European journal of psychiatry*, 17 (3), 171-182.
- García, J.L. (2006). Diabetes y depresión en niños, preadolescentes, adolescentes y adultos que padecen diabetes mellitus tipo 1. *Revista Qurrriculum*, 19, 267-281.
- Gómez, A.L., López-Siguero, J.P. y Grupo Andaluz de Diabetes Infantil (2011, mayo). *Incidencia de la diabetes mellitus tipo 1 en menores de 14 años en Andalucía (2000-2009)* en Congreso de la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica, Granada, España.
- González, J., Fernández, S., Pérez, E. y Santamaría, P. (2004). Adaptación española del sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes: BASC. Madrid: TEA Ediciones.
- Grey, M., Cameron, M.E., Lipman, T.H., Thurber, F.W. (1995). Psychosocial status of children with diabetes in the first two years after diagnosis. *Diabetes Care*, 18 (10), 1330-1336.
- International Diabetes Federation. *IDF diabetes Atlas. (2013). 7<sup>th</sup> Edition*. Belgium: International Diabetes Federation.
- Kovacs, M., Goldston, D., Obrosky, D.S. y Bonar, L.K. (1997). Psychiatric disorders in youths with IDDM: rates and risk factors. *Diabetes care*, 20 (1), 36-44.
- Martínez, M.J., Lastra, I. y Luzuriaga, T. (2001). Características psicosociales de los niños y adolescentes con diabetes mellitus tipo 1. *Anales españoles de pediatría*, 55, 406-412.
- Quesada-Conde, A.B. (2014). Estilos de crianza y dimensiones de socialización adaptativas y desadaptativas en una muestra de niños hospitalizados y no hospitalizados. *Revista de análisis transaccional y psicología humanista*, 71, 123-135.

- 
- Pérez-Marín, M., Gómez-Rico, I. y Montoya-Castilla, I. (2015). Diabetes mellitus tipo 1: factores psicosociales y adaptación del paciente pediátrico y su familia. Revisión. *Archivos argentinos de pediatría*, 113 (2), 158-162.
- Reynolds, C.R., y Kamphaus, R.W. (1992). Behavior Assessment System for Children: Manual. Circle Pines, MN: American Guidance.
- Ruiz-Ramos, M., Escolar-Pujolar, A., Mayoral-Sánchez, E., Corral-San Laureano, F. y Ferández-Fernández, I. (2006). La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. *Gaceta Sanitaria*, 20 (Supl. 1), 15-24.
- Whittemore, R., Jaser, S., Guo, J., Grey, M.A. (2010). A conceptual model of childhood adaptataion to type 1 diabetes. *Nurse Outlook*, 58 (5), 242-251.
- Zabala, M., Vázquez, O. Whetsell, M.V. (2006). Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. *Aquichan*, 6 (1), 8-21.